

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan pada hari Sabtu tanggal 04 April 2026 jam 07.30 di Ruang Kemuning RSUD Dr.R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi secara alloanamnesa dan autoanamnesa. Data penunjang yang lain didapatkan dari petugas kesehatan dan data rekam medis.

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama	: Ny.S
Umur	: 50 tahun
Alamat	: Pojok
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Tanggal Masuk	: Jumat, 03 April 2026
Diagnosa Medis	: Hipertensi, Vertigo berat
No.Register	: RG0201*****

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn.R
Umur	: 60 tahun
Alamat	: Pojok
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD

Pekerjaan : Petani

Hubungan dengan pasien : Suami

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Pasien mengatakan pusing, nyeri kepala dibagian belakang

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan nyeri kepala dibagian belakang terasa seperti ditekan-tekan benda berat (nyut-nyutan), pusing berputar, mual muntah, lemas, gelisah, dan sulit tidur sejak 5 hari yang lalu pada tanggal 29 Maret 2026 jam 22.00 WIB, sebelumnya sudah diperiksakan ke puskesmas terdekat namun tidak ada perubahan kemudian keluarga memutuskan untuk dibawa ke RSUD Dr.R Soedjati Soemodardjo Purwodadi pada hari Jumat tanggal 03 April 2026. Pasien diterima di IGD pada pukul 16.00 WIB, di IGD pasien dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil pemeriksaan kesadaran composmentis, tekanan darah: 179/101 mmHg, RR: 20x/menit, HR: 80x/menit, SpO₂ : 99%, S: 36,3°C di IGD pasien mendapatkan terapi RL 20 tpm dan injeksi Ondansetron 4mg/8 jam, injeksi Ranitidin 50mg/12 jam, Tablet Flunarizine 3x5mg, Tablet Betahistine 2x6mg. Pada jam 18.45 WIB pasien dipindahkan ke Ruang Kemuning, di Ruang Kemuning dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil 175/95 mmHg, RR: 20x/menit, HR: 104x/menit, SpO₂ : 98%, S: 36,5°C dan juga dilakukan pengkajian nyeri pada pasien dengan hasil P (*Provoking*): pasien mengatakan nyeri bertambah saat

digunakan beraktivitas, Q (*Quality*): pasien mengatakan nyeri seperti ditekan benda berat (nyut-nyutan), R(*Region*): pasien mengatakan pada kepala bagian belakang, S(*Severity*): pasien mengatakan skala nyeri 5, T(*Time*): pasien mengatakan nyeri terus menerus.



Gambar 3.1 Skala Nyeri *Numeric Rating Scale*

Di Ruang Kemuning pasien mendapatkan terapi obat Amlodipine 10 mg, Betahistin 6 mg, Flunarizine 10 mg dan injeksi Ketorolac 30 mg.

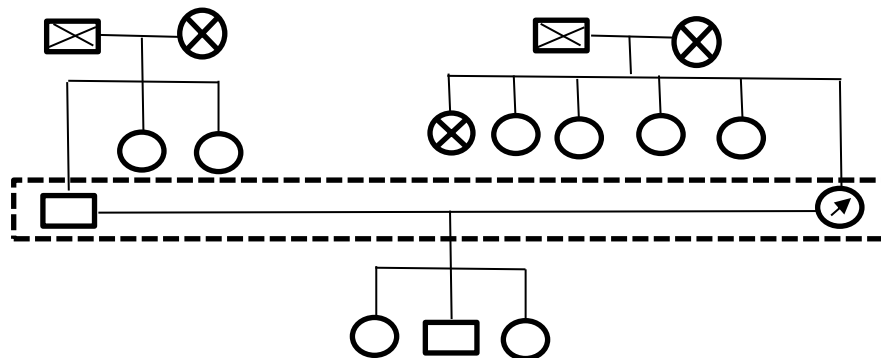
c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi yang telah diidap selama sekitar dua tahun terakhir. Pasien juga mengeluhkan riwayat gejala berupa nyeri pada area kepala belakang, sensasi vertigo, serta mual dan muntah, yang menyebabkan pasien sempat menjalani perawatan rawat inap sebanyak tiga kali di RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan bahwa ibunya memiliki riwayat hipertensi. Selain itu, pasien menyatakan tidak ada anggota keluarga yang mengidap penyakit keturunan lain seperti diabetes melitus atau asma serta bebas dari riwayat penyakit menular seperti TBC, hepatitis, maupun HIV/AIDS.

e. Genogram



Gambar 3.2 Genogram

Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Laki-laki meninggal
-  : Perempuan meninggal
-  : Pasien
- : Tinggal serumah

Penjelasan :

Keluarga Ny.S terdiri dari Tn.R selaku kepala rumah tangga, Ny.S selaku istri Tn.R. Ny.S dan Tn.R menikah dan memiliki 3 anak yaitu Ny.N, Tn.E, Ny.D. Ny.S dan Tn.R tinggal dirumah hanya berdua, dikeluarga Ny.S ada yang memiliki riwayat hipertensi yaitu ibunya Ny.S almh. Ny.J

3. Pengkajian Pola Fungsional

Pola fungsional menurut Virginia Henderson yaitu :

a. Kebutuhan Bernafas dengan Normal

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan bernafas dengan normal tanpa

ada gangguan, frekuensi nafas normal, teratur dalam bernafas, tidak memerlukan bantuan alat pernapasan, serta tidak ditemukan adanya retraksi dinding dada (interkosta).

Selama Sakit : Pasien mengatakan bernafas dengan normal tanpa ada gangguan, frekuensi nafas normal, teratur dalam bernafas, tidak menggunakan alat bantu pernafasan, tidak ada retraksi intercosta.

b. Kebutuhan Nutrisi Adekuat

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan tidak ada gangguan tentang nutrisi

➤ Antropometri

TB : 155 cm

BB : 56 kg

LILA : 26 cm

IMT : 23,3

➤ Biochemical

Tidak terkaji

➤ Clinical

Tidak terkaji

➤ Diet

Pasien mengatakan pola makan teratur dengan gizi seimbang terdapat nasi dan lauk pauk, makan

3x sehari setiap 1 porsi dihabiskan. Tidak ada gangguan yang muncul berhubungan dengan makan. Pasien minum air putih sekitar 6 gelas (1.500 ml).

Selama Sakit : Pasien mengatakan tidak ada gangguan tentang nutrisi

➤ Antropometri

TB : 155 cm

BB : 56 kg

LILA : 26 cm

IMT : 23,3

➤ Biochemical

Hemoglobin : 12.5 g/dL

Lekosit : 18770/uL

Trombosit : 442000/uL

Eritrosit : $4.50 \cdot 10^6$ /uL

➤ Clinical

Mata : Konjungtiva tampak non-anemis, sklera non-ikterik, serta fungsi penglihatan berada dalam batas normal tanpa hambatan.

Rambut : Rambut hitam, bersih, akar

rambut kuat, rambut

bergelombang dan tebal

Kulit : CRT < 2 detik, kondisi

mulut, lidah lembab, bibir

lembab, tidak terdapat

stomatitis, dan tidak ada

pelebaran tonsil.

➤ Diit

Bubur rendah garam (B.RG), lauk dan sayur-

sayuran. Minum air putih dan susu yang sudah

disediakan pihak ahli gizi rumah sakit.

c. Kebutuhan Eliminasi

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan pola eliminasi BAB lancar,

konsistensi lembut, BAB 1x sehari pada pagi hari,

tidak ada kelainan feses, tidak ada darah, lendir

ataupun konstipasi. Pasien mengatakan BAK lancar

warna putih kekuningan 5-6x volume urine ±

1200ml.

Selama Sakit : Pasien mengatakan pola eliminasi BAB lancar,

konsistensi lembut, BAB 1x sehari pada pagi hari,

tidak ada kelainan feses, tidak ada darah, lendir

ataupun konstipasi. Pasien mengatakan BAK lancar

warna putih kekuningan 4-5x volume urine ±

1400ml, tidak terpasang DC.

d. Kebutuhan Istirahat Tidur

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan sehari tidur $\pm$ 8 jam/hari dari jam 20.00-05.00 WIB, kualitas tidur baik tanpa ada gangguan

Selama Sakit : Pasien mengatakan sulit tidur dan tidurnya terganggu karena tiba-tiba vertigonya kambuh, pasien tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 5 jam tetapi kadang terbangun jika vertigonya kambuh

e. Kebutuhan Keseimbangan Gerak

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan keseimbangan gerak normal bisa melakukan aktivitas sehari-hari tanpa ada gangguan, tidak ada masalah sendi dan otot

Tabel 3.1 Pola Latihan dan Aktivitas Sebelum Sakit

Aktivitas	0	1	2	3	4
Makan	√				
Minum	√				
Mandi	√				
Berpakaian	√				
Berpindah	√				
Eliminasi	√				
Mobilisasi	√				

Keterangan :

0 : Mandiri

1 : Dibantu sebagian

2 : Dibantu orang lain

3 : Dibantu orang lain dan peralatan

4 : Ketergantungan / tidak mampu

Selama Sakit : Pasien mengatakan selama sakit aktivitas dibantu keluarga karena merasa lemas dan terpasang infus. Pasien hanya bisa tiduran dan duduk tetapi hanya sebentar karena vertigo datang secara tiba-tiba. Jika pasien makan,minum,BAB dan BAK,berpindah tempat dibantu oleh keluarga

Tabel 3.2 Pola Latihan dan Aktivitas Sebelum Sakit

Aktivitas	0	1	2	3	4
Makan		√			
Minum		√			
Mandi			√		
Berpakaian			√		
Berpindah		√			
Eliminasi			√		
Mobilisasi		√			

Keterangan :

0 : Mandiri

1 : Dibantu sebagian

2 : Dibantu orang lain

3 : Dibantu orang lain dan peralatan

4 : Ketergantungan / tidak mampu

f. Kebutuhan Mempertahankan Temperatur Tubuh

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan cenderung mengenakan pakaian bertekanan/berbahan ringan ketika suhu sekitar terasa terik, serta beralih menggunakan pakaian tebal guna menjaga kehangatan tubuh saat cuaca dingin.

Selama Sakit : Pasien mengatakan memakai pakaian tipis karena dirumah sakit merasa panas

g. Kebutuhan Personal Hygiene

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan mandi dan gosok gigi 2x sehari, keramas 3x dalam seminggu, saat melakukan aktivitas tersebut tanpa bantuan keluarga

Selama Sakit : Pasien mengatakan selama sakit hanya mandi dan gosok gigi 1x dipagi hari, saat pasien mandi dibantu oleh keluarganya

h. Kebutuhan Berkomunikasi

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan sehari-hari berkomunikasi dengan normal, intonasi jelas tanpa ada gangguan

Selama Sakit : Pasien mengatakan selama sakit berkomunikasi juga normal, intonasi jelas tanpa ada gangguan

i. Kebutuhan Spiritual

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan melakukan kegiatan ibadah dengan normal

Selama Sakit : Pasien mengatakan melakukan kegiatan ibadah sholat 5 waktu dengan posisi duduk, saat memakai mukena membutuhkan bantuan keluarga

j. Kebutuhan Berpakaian dan Memilih Pakaian

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan berpakaian sendiri tanpa bantuan orang lain, saat dirumah pasien suka memakai kaos dan daster karena merasa nyaman

Selama Sakit : Pasien mengatakan selama sakit saat mengganti pakaian membutuhkan bantuan keluarga dan memakai baju yang ada kancingnya agar mudah untuk dilepas

k. Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan sebelum sakit merasa aman dan nyaman tanpa merasakan nyeri

Selama Sakit : Pasien mengatakan nyeri

P (*Provoking*) : Pasien mengatakan nyeri bertambah saat digunakan beraktivitas

Q (*Quality*) : Pasien mengatakan nyeri seperti

ditekan benda berat (nyut-nyutan)

R (*Region*) : Pasien mengatakan pada kepala bagian belakang

S (*Severity*) : Pasien mengatakan skala nyeri 5

T (*Time*) : Pasien mengatakan nyeri terus menerus.

l. Kebutuhan Bekerja

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan aktivitas setiap hari sebagai ibu rumah tangga seperti memasak, mencuci, dan bersih-bersih rumah

Selama Sakit : Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasa karena sedang dirawat dirumah sakit

m. Kebutuhan Rekreasi

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan sebelum tidur sering menonton TV untuk mengisi waktu luang dan berolahraga jalan kaki di pagi hari

Selama Sakit : Pasien mengatakan selama sakit hanya berbincang-bincang dengan keluarga

n. Kebutuhan Belajar

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan sudah mengetahui penyakitnya tetapi hanya sekedar tahu saja

Selama Sakit : Pasien mengatakan sudah mengetahui penyakitnya karena sudah dijelaskan oleh dokter dan perawat.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

1) General Appearance/Penampilan Umum : Pasien tampak lemas

2) Tingkat Kesadaran :

a) Kualitatif : Composmentis

b) Kuantitatif : 15

E : 4

V : 5

M : 6

b. Tanda - Tanda Vital

1) Tekanan darah : 170/95 mmHg

2) Respiratory Rate : 20x/menit

3) Heart Rate : 80x/menit

4) SpO₂ : 99%

5) Temperatur : 36,3°C

c. Pemeriksaan Antropometri

1) Tinggi Badan : 155 cm

2) Berat Badan : 56 kg

3) LILA : 26 cm

4) IMT : 23,3

d. Kepala

1) Bentuk Kepala

Pemeriksaan kepala mesocephal, tidak ditemukan kelainan

2) Rambut dan Kulit Kepala

Rambut hitam,tebal,bersih,akar rambut kuat,bergelombang,tidak ditemukan benjolan dan lesi, dan tidak ada nyeri tekan

3) Mata

Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik,pupil isokor, diameter pupil 2-3 cm, pupil mengecil saat dirangsang cahaya,mata simetris,bentuk bulat,konvergensi mampu mengarahkan 2 mata kedalam satu objek

4) Hidung

Bentuk hidung straight,palpasi sinus septum hidung utuh, tidak ada gerakan cuping hidung, tidak ada penumpukan sekret, fungsi indra penciuman normal

5) Telinga

Bentuk yang simetris antara kanan dan kiri, bersih tanpa adanya penumpukan serumen, serta fungsi pendengaran yang baik dan normal tanpa menggunakan alat bantu pendengaran.

6) Leher

Tidak ditemukan pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran getah bening, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada peningkatan vena jugularis

e. Dada/Thorax

1) Paru – Paru

Inspeksi : Bentuk dada simetris,tidak terlihat retraksi

intercostal pada saat inspirasi dan ekspirasi

Palpasi : Tidak terdapat nyeri, dan pengembangan paru kanan dan kiri sama

Perkusi : Bunyi sonor

Auskultasi : Bunyi nafas normal vesikuler

2) Jantung

Inspeksi : Bentuk simetris, ictus cordis tidak tampak

Palpasi : Ictus cordis teraba pada intercostal ke V linea diameter 2 cm

Perkusi : Bunyi jantung pekak pada dada kiri intercostal 2 lateral sinistra sternum intercostal 3 di linea midclavikula sampai sternum, intercostal 4 di linea midclavikula sampai sternum, intercostal 5 di 2 cm lateral sinistra linea midclavikula sampai sternum

Auskultasi : Bunyi regular S1 dan S2 (lup dup) tidak ada bunyi jantung tambahan seperti mur-mur di apeks vertikal kiri

f. Abdomen

Inspeksi : Hasil inspeksi abdomen menunjukkan bentuk yang membulat simetris dengan pergerakan dinding perut yang normal saat fase inspirasi maupun ekspirasi. Tidak ditemukan adanya penonjolan pada umbilikus, lesi pada permukaan kulit, ataupun tanda-tanda

asites.

Palpasi : Bising usus dalam batas normal 23x/menit
 Perkusi : Bunyi timpani di semua kuadran
 Auskultasi : Tidak terdapat nyeri tekan di semua kuadran

g. Genita Urinari

Terlihat bersih, tidak terpasang DC

h. Anus

Tidak terdapat benjolan pada anus

i. Ekstremitas

Superior : Tidak ada deformitas maupun kelainan kongenital, dengan rentang gerak kedua tangan yang adekuat. Tangan kiri terpasang infus Ringer Laktat (RL) 20 tetes per menit (tpm). Hasil inspeksi dan palpasi tidak menemukan adanya edema maupun lesi, dengan akral teraba hangat.

Inferior : Tidak ada deformitas/kelainan bawaan, kedua kaki dapat digerakkan, tidak ada odema, tidak ada lesi, tidak ada varises, akral hangat

Kekuatan otot :

$$\begin{array}{c|c} 4 & 4 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$$

Kategori : Dapat menggerakkan sendi dengan aktif dan melawan tahanan dengan minimal

Tabel 3.3 Pengukuran Skala Kekuatan Otot

Skala	Kekuatan (%)	Dsekripsi
0	0	Kontraksi otot tidak terdeteksi
1	10	Tampak atau terdeteksi adanya kedutan/kontraksi pada jaringan otot melalui inspeksi maupun palpasi, namun tidak menghasilkan pergeseran sendi sama sekali
2	25	Mampu melakukan pergerakan pada ekstremitas hanya jika pengaruh gaya gravitasi dieliminasi (gerakan bidang horizontal)
3	50	Mampu menggerakkan bagian ekstremitas secara aktif untuk mengatasi gaya gravitasi, tetapi tidak kuat menahan beban tambahan
4	75	Mampu melakukan gerak aktif pada artikulasi/sendi serta sanggup menahan beban atau resistensi tingkat ringan
5	100	Mampu menggerakkan sendi secara penuh dan aktif serta memiliki ketahanan optimal terhadap tahanan maksimal (rentang kekuatan otot tergolong normal).

j. Kuku dan Kulit

Kondisi kulit pasien tampak berwarna sawo matang dengan tingkat elastisitas (*turgor*) yang optimal, nilai *capillary refill time* (CRT) berada pada rentang normal di bawah dua detik, suhu perifer (*akral*) teraba hangat,

serta hygiene kulit terjaga tanpa ditandai adanya luka (*lesi*) maupun anomali pigmentasi. Selain itu, struktur kuku pasien terpelihara dalam keadaan pendek dan kokoh

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal 03 April 2026 pukul 19.15 WIB

Tabel 3.4 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	12.5	g/dL	11.7~15.5
Lekosit	18770	/uL	3600~11000
Trombosit	442000	/uL	150000~400000
Eritrosit	4.50	$10^6/\text{uL}$	3.9~5.2
KIMIA KLINIK			
Glukosa Darah Sewaktu	158.1	mg/dL	70-140

6. Therapy Obat

Pada tanggal 04 April 2026

Tabel 3.5 Terapi Obat

Nama Obat	Rute	Aturan	Dosis	Manfaat
Pakai				
Ondansentron	IV	2 x 1	4 mg/2 ml	Untuk mencegah mual muntah
Betahistine	PO	3 x 1	6 mg	Untuk mengurangi pusing

				(vertigo)
Flunarizine	PO	2 x 1	10 mg	Untuk mengurangi vertigo
Amlodipin	PO	1 x 1	10 mg	Untuk menurunkan tekanan darah
Ketorolac	IV	2 x 1	30 mg/ml	Untuk menurunkan nyeri
Infus RL	IV	20 tpm	500 ml	Untuk mempertahankan hidrasi pasien

Pada tanggal 05 April 2026

Tabel 3.6 Terapi Obat

Nama Obat	Rute	Aturan	Dosis	Manfaat
		Pakai		
Ondansentron	IV	2 x 1	4 mg/2 ml	Untuk mencegah mual muntah
Betahistine	PO	3 x 1	6 mg	Untuk mengurangi pusing (vertigo)
Flunarizine	PO	2 x 1	10 mg	Untuk mengurangi vertigo
Amlodipin	PO	1 x 1	10 mg	Untuk menurunkan tekanan darah
Ketorolac	IV	2 x 1	30 mg/ml	Untuk menurunkan nyeri
Infus RL	IV	20 tpm	500 ml	Untuk mempertahankan hidrasi pasien

Pada tanggal 06 April 2026

Tabel 3.7 Terapi Obat

Nama Obat	Rute	Aturan Pakai	Dosis	Manfaat
Ondansentron	IV	2 x 1	4 mg/2 ml	Untuk mencegah mual muntah
Betahistine	PO	3 x 1	6 mg	Untuk mengurangi pusing (vertigo)
Flunarizine	PO	2 x 1	10 mg	Untuk mengurangi vertigo
Amlodipin	PO	1 x 1	10 mg	Untuk menurunkan tekanan darah
Ketorolac	IV	2 x 1	30 mg/ml	Untuk menurunkan nyeri
Infus RL	IV	20 tpm	500 ml	Untuk mempertahankan hidrasi pasien

B. ANALISA DATA

Nama : Ny.S

Ruang : Kemuning

Umur : 50 tahun

Dx Medis : Hipertensi

Tabel 3.8 Analisa Data

Hari/Tgl	No Dx	Data Fokus	Problem	Etiologi	TTD
Sabtu, 04/04/2026 07.30	Dx 1	DS : Pasien mengatakan nyeri	Nyeri Akut (D.0077)	Peningkatan Tekanan Darah	Nahila

P:Pasien

mengatakan

nyeri

bertambah saat

digunakan

beraktivitas

Q:Pasien

mengatakan

nyeri seperti

ditekan benda

berat (nyut-

nyutan)

R:Pasien

mengatakan

pada kepala

bagian

belakang

S:Pasien

mengatakan

skala nyeri 5

T:Pasien

mengatakan

nyeri terus

menerus.

DO: Pasien

tampak

meringis,lemas

dan gelisah.

Hasil TTV :

TD:170/95 mmHg

RR: 20x/menit

HR: 80x/menit

SpO₂: 99 %

S: 36,3°C

Sabtu,	Dx 2	DS :	Risiko	Hipertensi	Nahila
04/04/2026		Pasien	Perfusi		
07.33		mengatakan	Serebral		
		memiliki riwayat	Tidak		
		darah tinggi,	Efektif		
		pasien	(D.0017)		
		mengatakan			
		merasa mual, jika			
		tekanan darah naik			
		merasakan pusing			
		dan nyeri pada			
		kepala			

DO:

Pasien tampak

lemas,

Hasil TTV :

TD:170/95 mmHg

RR: 20x/menit

HR: 80x/menit

SpO₂: 99 %

S: 36,3°C

Sabtu,	Dx 3	DS:	Gangguan	Kurang	Nahila
04/04/2026		Pasien	Pola Tidur	Kontrol	
07.35		mengatakan sulit	(D.0055)	Tidur	
		tidur apabila tidur		(karena	
		sering terbangun		merasakan	
		karena tiba-tiba		nyeri)	
		kepala terasa nyeri			
		terutama pada			
		malam hari.			
		Pasien			
		mengatakan			
		jadwal tidur juga			
		berubah tidak			
		seperti biasanya.			

DO:

Pasien tampak
mengantuk dan
lemas

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 3.9 Diagnosa Keperawatan

Hari/Tgl	No Dx	Diagnosa Keperawatan			Tanggal Teratasi	TTD
Sabtu, 04/04/2026 07.40	Dx 1	Nyeri	Akut	b.d	06/04/2026	Nahila
		Peningkatan Tekanan Darah d.d pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat (D.0077)				
Sabtu, 04/04/2026 07.43	Dx 2	Risiko	Perfusi Serebral		06/04/2026	Nahila
		Tidak Efektif d.d Hipertensi (D.0017)				
Sabtu, 04/04/2026	Dx 3	Gangguan Pola Tidur	b.d		06/04/2026	Nahila
		Kurang Kontrol Tidur				

07.45 (karena merasakan nyeri)

d.d pasien mengeluh sulit

tidur, pola tidur berubah,

tidak puas tidur (D.0055)

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.10 Intervensi Keperawatan

Hari/Tgl	No Dx	SLKI	SIKI	TTD
Sabtu, 04/04/2026 07.50	Dx 1	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun (skala 1-3) 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	Nahila

		6. Tekanan darah membaik	9. Monitor efek samping penggunaan analgetik	
		7. Pola tidur membaik	Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Fasilitasi istirahat tidur 3. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 4. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat analgetik	
Sabtu, 04/04/2026 07.53	Dx 2	Perfusi Serebral (L.02014) Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06149) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK	Nahila

		perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Nilai rata-rata tekanan darah membaik 5. Tekanan darah sistolik membaik 6. Tekanan darah distolik membaik	2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 3. Monitor status pernafasan Terapeutik 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi fowler 3. Pertahankan suhu tubuh normal	
Sabtu, 04/04/2026 07.55	Dx 3	Pola Tidur (L.05045) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan tidak puas	Dukungan Tidur (I.09265) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur Terapeutik 1. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 2. Tetapkan jadwal rutin 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 4. Modifikasi lingkungan (misal: pencahayaan, kebisingan, suhu,	Nahila

tidur menurun	matras,dan tempat tidur)
3.Keluhan pola tidur berubah menuurn	Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
4. Keluhan istirahat tidur cukup menurun	2. Anjurkan menepati kebiasaan tidur
5. Kemampuan beraktivitas membaik	3. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur
	4. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (misal: psikologi,gaya hidup,sering berubah shift kerja)
	5. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 3.11 Implementasi Keperawatan

Hari/Tgl	No Dx	Implementasi	Respon Hasil	TTD
Sabtu, 04/04/2026 08.00	Dx 1	1.Mengidentifikasi lokasi,karakteristik, durasi,frekuensi, kualitas,intensitas dan skala nyeri	DS: Pasien mengatakan nyeri P:Peningkatan tekanan	Nahila

2. Mengidentifikasi

skala nyeri

intracranial

(TIK)

Q:Pasien

mengatakan

nyeri seperti

ditekan benda

berat (nyut-

nyutan)

R:Pasien

mengatakan pada

kepala bagian

belakang

S:Pasien

mengatakan

skala nyeri 5

T:Pasien

mengatakan

nyeri terus

menerus.

DO:

Pasien tampak

meringis,lemas dan

gelisah.

Hasil TTV :			
TD: 170/95 mmHg			
RR: 20x/menit			
HR: 80x/menit			
SpO ₂ : 99 %			
S: 36,3°C			
Dx 1	Mengidentifikasi	DS:	Nahila
	respon nyeri non verbal	Pasien mengatakan tidak nyaman karena sering merasakan nyeri	
		DO:	
		Pasien tampak meringis lemas dan gelisah	
Dx 1	Mengidentifikasi	DS:	Nahila
	faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Pasien mengatakan nyeri jika tekanan darah naik dan saat posisi duduk	
		DO:	
		Pasien tampak meringis dan	

gelisah			
Dx 1	Mengidentifikasi	DS:	Nahila
	pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup	Pasien mengatakan aktivitasnya terganggu, merasa tidak nyaman karena nyeri pada kepala	
		DO:	
		Pasien tampak meringis	
Dx 2	Mengidentifikasi	DS:	Nahila
	penyebab peningkatan TIK	Pasien mengatakan nyeri secara tiba-tiba pada kepala karena mempunyai riwayat darah tinggi	
		DO:	
		Pasien tampak meringis	
Dx 3	Mengidentifikasi pola	DS:	Nahila
	aktivitas tidur	Pasien mengatakan sulit tidur dan	

		tidurnya terganggu	
		pasien tidur siang	
		1-2 jam dan tidur	
		malam 5 jam	
		kadang terbangun	
		DO:	
		Pasien tampak	
		lemas, mengantuk	
		dan gelisah	
Dx 3	Mengidentifikasi	DS:	Nahila
	faktor pengganggu	Pasien mengatakan	
	tidur	tidak bisa tidur	
		karena merasakan	
		nyeri kepala	
		DO:	
		Pasien tampak	
		lemas dan matanya	
		terlihat sayu	
Dx 1	Mengidentifikasi	DS:	Nahila
	pengetahuan dan	Pasien mengatakan	
	keyakinan tentang	mengetahui jika	
	nyeri	kepala terasa nyeri	
		karena tekanan	

		darah naik	
		DO:	
		Pasien tampak	
		lemas	
Dx 1	Mengidentifikasi	DS:	Nahila
	pengaruh budaya	Pasien meyakini	
	terhadap respon nyeri	jika nyeri pada	
		kepala bisa	
		menurun karena	
		sudah diobati dan	
		mendapat dukungan	
		keluarga untuk	
		sembuh	
		DO:	
		Pasien tampak	
		lemas dan gelisah	
Dx 2	Memonitor	DS:	Nahila
	tanda/gejala	Pasien mengatakan	
	peningkatan TIK	nyeri kepala, mual	
		muntah	
		DO:	
		Tekanan darah	
		meningkat dengan	

				hasil pemeriksaan	
				TD: 170/95 mmHg	
08.47	Dx 2	Memberikan	posisi	DS:	Nahila
		fowler		Pasien mengatakan	
				posisinya menjadi	
				nyaman	
				DO:	
				Pasien duduk posisi	
				fowler	
	Dx 2	Mengajarkan	dan	DS:	Nahila
		menjelaskan	teknik	Pasien mengatakan	
		nonfarmakologis		bersedia dan paham	
		terapi	<i>isometric</i>	untuk diajarkan	
		<i>handgrip</i>	<i>exercise</i>	terapi <i>isometric</i>	
		untuk menurunkan	<i>handgrip exercise</i>		
		tekanan darah dan	DO:		
		mengurangi resiko	Pasien tampak		
		sumbatan/pecah	memperhatikan		
		pembuluh darah otak	instruksi dengan		
			baik dan mampu		
			mengulang semua		
			gerakan tersebut		
	Dx 2	Memberikan	teknik	DS:	Nahila

		nonfarmakologis	Pasien mengatakan
		terapi <i>isometric</i>	tangannya terasa
		<i>handgrip</i> <i>exercise</i>	agak pegal saat
		untuk mengurangi	menggenggam
		tekanan darah	menit kedua, namun
			masih bisa
			menahannya
			DO:
			Pasien melakukan
			terapi dengan benar,
			tidak tampak tanda-
			tanda kelelahan
			ekstrem atau nyeri
			dada
09.10	Dx 2	Memonitor	DS:
		keberhasilan terapi	Pasien mengatakan
		komplementer yang	kepala bagian
		sudah diberikan	belakang terasa
			sedikit lebih ringan
			DO:
			Ada penurunan nilai
			Tekanan Darah
			pasca tindakan

			(setelah jeda istirahat)	
			TD: 168/94 mmHg	
			HR: 85x/menit	
	Dx 1	Menjelaskan penyebab periode, dan pemicu nyeri	DS: Pasien mengatakan sekarang memahami tentang penyebab dan pemicu nyeri DO: Pasien dapat menyebutkan apa saja penyebab nyeri	Nahila
10.00	Dx 3	Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	DS: Pasien mengatakan tidak bisa tidur cukup karena selalu merasakan nyeri kepala yang datang secara tiba-tiba DO: Pasien tampak	Nahila

			memahami tentang apa yang dijelaskan	
11.30	Dx 2	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	DS: Pasien meminta kepada keluarga untuk menutup gordennya supaya terjaga privasinya DO: Pasien tampak tenang dan nyaman	Nahila
12.00	Dx 1	Memberikan obat : 1. Keterolac 30 mg 2. Betahistine 6 mg 2. Flunarizine 10 mg	DS: Pasien mengatakan bersedia untuk diberikan injeksi DO: Pasien tampak meringis ketika obat dimasukkan melalui jalur IV	Nahila
	Dx 1	Memonitor efek samping penggunaan obat	DS: Pasien mengatakan tidak merasakan	Nahila

				apa-apa setelah diberikan obat DO: Tidak ada tanda- tanda alergi yang terjadi pada pasien	
12.30	Dx 2	1.Memonitor status pernafasan 2.Mempertahankan suhu tubuh normal	DS: Pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan TTV DO: Hasil TTV : TD: 168/90 mmHg RR: 21x/menit HR: 85x/menit SpO ₂ : 99 % S: 36,2°C	Nahila	
	Dx 1	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan,pencahayaan,	DS: Pasien mengatakan lingkungan tidak memperberat rasa nyerinya	Nahila	

		kebisingan)	DO: Pasien tampak lemas	
13.30	Dx 3	Menetapkan jadwal rutin tidur	DS: Pasien mengatakan akan berusaha tidur siang dan malam sesuai dengan jadwal yang sudah dibuat bersama dengan perawat DO: Pasien tampak lemas	Nahila
14.00	Dx 1,3	Memfasilitasi istirahat tidur	DS: Pasien mengatakan bersedia untuk tidur DO: Pasien bersiap tidur	Nahila
18.00	Dx 2	1.Memonitor status pernafasan 2.Mempertahankan suhu tubuh normal	DS: Pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan	Perawat

				pemeriksaan TTV	
				DO:	
				Hasil TTV :	
				TD: 165/87 mmHg	
				RR: 22x/menit	
				HR: 90x/menit	
				SpO ₂ : 99 %	
				S: 36,3°C	
20.15	Dx 3	Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan	DS:	Pasien mengatakan lebih merasa nyaman	Perawat
				DO:	
				Pasien tampak rilex	
	Dx 1	Menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat	DS:	Pasien mengataka selalu bersedia jika diberikan obat pereda nyeri sesuai dosis yang sudah ditentukan oleh dokter	Perawat
				DO:	

			Pasien tampak tenang	
Minggu, 05/04/2026 00.00	Dx 1	Memberikan obat : 1. Flunarizine 10 mg 2. Ondansetron 4 mg	DS: Pasien mengatakan bersedia untuk diberikan injeksi DO: Obat telah dimasukkan melalui IV tangan sebelah kiri pasien	Perawat
06.00	Dx 1,2	Memberikan obat : 1. Betahistine 6 mg 2. Flunarizine 10 mg 3. Amlodipine 10 mg 4. Ketorolac 30 mg	DS: Pasien mengatakan bersedia untuk diberikan injeksi DO: Obat telah dimasukkan melalui IV tangan sebelah kiri pasien	Perawat
06.30	Dx 2	Memberikan posisi semi fowler	DS: Pasien mengatakan posisinya menjadi	Perawat

			nyaman	
			DO:	
			Pasien tampak	
			lemas	
07.30	Dx 2	Memonitor	DS:	Nahila
		tanda/gejala	Pasien mengatakan	
		peningkatan TIK	nyeri kepala	
			berkurang dan	
			sudah tidak merasa	
			mual	
			DO:	
			Tekanan darah	
			meningkat tetapi	
			sudah menurun dari	
			hasil pemeriksaan	
			sebelumnya dengan	
			hasil pemeriksaan	
			saat ini	
			TD : 165/80 mmHg	
	Dx 1	1.Mengidentifikasi	DS:	Nahila
		lokasi,	Pasien mengatakan	
		karakteristik,durasi,	nyeri	
		Frekuensi,kualitas,	P:Peningkatan	

intensitas dan skala tekanan
nyeri intrakranial
2.Mengidentifikasi (TIK)
skala nyeri Q:Pasien
mengatakan
nyeri seperti
ditekan benda
berat (nyut-
nyutan)
R:Pasien
mengatakan
nyeri pada kepala
S:Pasien
mengatakan
skala nyeri 3
T:Pasien
mengatakan
nyeri terus
menerus.
DO:
Pasien tampak
lemas
Hasil TTV :

				TD: 160/80mmHg	
				RR: 20x/menit	
				HR: 87x/menit	
				SpO ₂ : 99 %	
				S: 36°C	
	Dx 3	Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan		DS: Pasien mengatakan setuju jika diberikan posisi yang nyaman DO: Pasien tampak rilex	Nahila
	Dx 2	Memberikan posisi semi fowler		DS: Pasien mengatakan posisinya menjadi nyaman DO: Pasien tampak rilex	Nahila
08.20	Dx 3	Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur		DS: Pasien mengatakan setelah dijelaskan menjadi paham tentang faktor-faktor gangguan pola tidur DO: Pasien dapat	Nahila

				menyebutkan apa saja faktor-faktor gangguan pola tidur	
09.10	Dx 2	Memberikan teknik nonfarmakologis terapi <i>isometric handgrip</i> <i>exercise</i> untuk mengurangi tekanan darah	DS:	Pasien mengatakan siap untuk memulai latihan genggaman DO: Pasien tampak memposisikan diri dengan nyaman duduk tegak namun rileks	Nahila
09.20	Dx 2	Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	DS:	Pasien mengatakan kaku tenguknya sedikit mereda DO: Pasien tampak rileks TD: 158/79 mmHg HR: 90x/menit	Nahila
09.45	Dx 1	Menjelaskan strategi	DS:		Nahila

		meredakan nyeri	Pasien mengatakan dengan relaksasi nafas dalam strategi meredakan nyeri	DO: Pasien tampak melakukan relaksasi nafas dalam
	Dx 3	Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (misal: psikologi, gaya hidup, penyakit)	DS: Pasien mengatakan mengerti tentang apa saja faktor-faktor penyebab gangguan pola tidur	Nahila DO: Pasien tampak tenang
11.15	Dx 2	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	DS: Pasien meminta kepada keluarga untuk memutarakan sholawat	Nahila DO:

			Pasien tampak tenang dan nyaman	
12.00	Dx 1	Memberikan obat :	DS:	Nahila
		1. Keterolac 30 mg	Pasien mengatakan	
		2. Betahistine 6 mg	bersedia untuk	
		2. Flunarizine 10 mg	diberikan injeksi	
			DO:	
			Pasien tampak	
			meringis ketika obat	
			dimasukkan melalui	
			jalur IV	
12.30	Dx 1	Memonitor efek samping penggunaan obat	DS:	Nahila
			Pasien mengatakan	
			tidak merasakan	
			apa-apa setelah	
			diberikan obat	
			DO:	
			Tidak ada tanda-	
			tanda alergi yang	
			terjadi pada pasien	
	Dx 2	1.Memonitor status pernafasan	DS:	Nahila
			Pasien mengatakan	
		2. Mempertahankan	bersedia untuk	

		suhu tubuh normal	dilakukan pemeriksaan TTV DO: Tekanan darah menurun dengan Hasil TTV : TD: 155/85 mmHg RR: 21x/menit HR: 84x/menit SpO ₂ : 99 % S: 36,2°C	
13.25	Dx 1	Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	DS: Pasien mengatakan lingkungan tidak memperberat rasa nyerinya DO: Pasien tampak senang karena ditunggu oleh keluarganya	Nahila
	Dx 3	Menetapkan jadwal rutin	DS: Pasien mengatakan	Nahila

				sudah tidur siang dan malam sesuai dengan jadwal yang sudah dibuat kemarin DO: Pasien tampak tenang	
14.00	Dx 1,3	Memfasilitasi istirahat tidur	DS:	Nahila	Pasien mengatakan tadi malam tidurnya masih terbangun tetapi hanya sebentar kemudian bisa tidur lagi. Pasien mengatakan bersedia untuk tidur DO: Pasien bersiap tidur
18.00	Dx 2	1.Memonitor status pernafasan 2.Mempertahankan suhu tubuh normal	DS:	Perawat	Pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan

			pemeriksaan TTV	
			DO:	
			Hasil TTV :	
			TD: 150/80 mmHg	
			RR: 22x/menit	
			HR: 95x/menit	
			SpO ₂ : 99 %	
			S: 36,4°C	
20.15	Dx 3	Melakukan prosedur	DS:	Perawat
		untuk meningkatkan	Pasien mengatakan	
		kenyamanan	lebih merasa	
			nyaman	
			DO:	
			Pasien tampak rilex	
Senin, 06/04/2026 00.00	Dx 1	Memberikan obat :	DS:	Perawat
		1. Flunarizine 10 mg	Pasien mengatakan	
		2. Ondansetron 4 mg	bersedia untuk	
			diberikan injeksi	
			DO:	
			Pasien tampak	
			meringis ketika obat	
			dimasukkan melalui	
			jalur IV	

06.00	Dx 1,2	Memberikan obat :	DS:	
		1. Betahistine 6 mg	Pasien mengatakan	
		2. Flunarizine 10 mg	bersedia untuk	
		3. Amlodipine 10 mg	diberikan injeksi	
		4. Ketorolac 30 mg	DO:	
			Obat telah	
			dimasukkan melalui	
			IV tangan sebelah	
			kiri pasien	
06.30	Dx 2	Memberikan posisi semi fowler	DS:	Perawat
			Pasien mengatakan	
			posisinya menjadi	
			nyaman	
			DO:	
			Pasien tampak	
			lemas	
07.30	Dx 2	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	DS:	Nahila
			Pasien mengatakan	
			nyeri kepala	
			berkurang	
			DO:	
			Tekanan darah	
			meningkat tetapi	

		sudah ada	
		penurunan dari hasil	
		pemeriksaan	
		sebelumnya hasil	
		pemeriksaan saat ini	
		TD: 142/80 mmHg	
Dx 1	1.Mengidentifikasi	DS:	Nahila
	lokasi,karakteristik,	Pasien mengatakan	
	durasi,frekuensi,	nyeri berkurang	
	kualitas intensitas	P:Peningkatan	
	dan skala nyeri	tekanan	
	2. Mengidentifikasi	intrakranial	
	skala nyeri	(TIK)	
		Q:Pasien	
		mengatakan	
		nyeri seperti	
		berdenyut	
		R:Pasien	
		mengatakan	
		nyeri pada kepala	
		bagian belakang	
		S:Pasien	
		mengatakan	

			skala nyeri 2	
			T:Pasien	
			mengatakan	
			nyeri hilang	
			timbul	
			DO:	
			Pasien tampak	
			lemas	
			Hasil TTV :	
			TD: 142/80mmHg	
			RR: 20x/menit	
			HR: 89x/menit	
			SpO ₂ : 99 %	
			S: 36,1°C	
Dx 3	Melakukan prosedur	DS:		Nahila
	untuk meningkatkan	Pasien mengatakan		
	kenyamanan	setuju jika diberikan		
		posisi yang nyaman		
		DO:		
		Pasien tampak rilex		
Dx 2	Memberikan posisi	DS:		Nahila
	fowler	Pasien mengatakan		
		posisinya menjadi		

				nyaman	
				DO:	
				Pasien tampak rilex	
09.00	Dx 2	Memberikan	teknik	DS:	Nahila
		nonfarmakologis terapi		Pasien mengatakan	
		<i>isometric handgrip</i>		siap untuk memulai	
		<i>exercise</i>	untuk	terapi <i>isometric</i>	
		mengurangi	tekanan	<i>handgrip exercise</i>	
		darah		DO:	
				Pasien tampak	
				memposisikan diri	
				dengan nyaman	
				duduk tegak namun	
				rileks.	
				Pasien tampak	
				menggenggam alat	
				handgrip	
09.15	Dx 2	Memonitor		DS:	Nahila
		keberhasilan	terapi	Pasien mengatakan	
		komplementer	yang	kaku tengkuknya	
		sudah diberikan		mereda dan	
				kepalanya terasa	
				lebih enteng	

			DO:	
			Pasien tampak rileks	
			TD: 140/78 mmHg	
			HR: 90x/menit	
12.00	Dx 1	Memberikan obat :	DS:	Nahila
		1. Keterolac 30 mg	Pasien mengatakan	
		2. Betahistine 6 mg	bersedia untuk	
		2. Flunarizine 10 mg	diberikan injeksi	
			DO:	
			Pasien tampak meringis ketika obat dimasukkan melalui jalur IV	
12.20	Dx 1	Memonitor efek samping penggunaan obat	DS:	Nahila
			Pasien mengatakan tidak merasakan apa-apa setelah diberikan obat	
			DO:	
			Tidak ada tanda-tanda alergi yang terjadi pada pasien	

13.45	Dx 2	1.Memonitor status pernafasan	DS:	Nahila
		2.Mempertahankan suhu tubuh normal	Pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan TTV	
			DO:	
			Hasil pemeriksaan TTV sudah normal :	
			TD: 135/78 mmHg	
			RR: 20x/menit	
			HR: 88x/menit	
			SpO ₂ : 99 %	
			S: 36,3°C	
14.00	Dx 3	1.Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	DS:	Nahila
		2.Menganjurkan menepati kebiasaan tidur	Pasien mengatakan memahami jika tidur yang cukup itu penting untuk kesehatan, dan akan tidur tepat waktu	
			DO:	
			Pasien tampak tenang dan paham	

			ketika diberikan penjelasan serta arahan dari perawat	
	Dx 1,3	Memfasilitasi istirahat tidur	DS: Pasien mengatakan bisa tidur dengan tenang,tidur sudah tidak terbangun karena tidak merasakan nyeri lagi DO: Pasien bersiap untuk tidur	Nahila
14.20	Dx 1	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	DS: Pasien mengatakan jika merasakan nyeri lagi saat dirumah akan berusaha untuk memonitornya sendiri sesuai dengan yang	Nahila

			diajarkan perawat	
			DO:	
			Pasien tampak	
			senang karena akan	
			pulang	
14.30	Dx 2	Menganjurkan pasien	DS:	Nahila
		untuk melakukan	Pasien mengatakan	
		terapi <i>isometric</i>	akan mencoba	
		<i>handgrip exercise</i>	melakukannya di	
		secara mandiri	rumah	
		dirumah	DO:	
			Pasien tampak	
			paham	

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 3.12 Evaluasi Keperawatan

Hari/Tgl	No Dx	Evaluasi	TTD
Minggu,	Dx 1	S : Pasien mengatakan nyeri	Nahila
05/04/2026		P : Pasien mengatakan nyeri bertambah	
06.35		saat digunakan beraktivitas	
		Q:Pasien mengatakan nyeri seperti	
		ditekan benda berat (nyut-nyutan)	

R:Pasien mengatakan pada kepala bagian belakang

S:Pasien mengatakan skala nyeri 5

T:Pasien mengatakan nyeri terus menerus.

O : Pasien tampak meringis,lemas dan gelisah.

Hasil TTV :

TD: 165/87 mmHg

RR: 22x/menit

HR: 90x/menit

SpO₂ : 99 %

S: 36,3°C

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi

1. Mengidentifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi, kualitas, Intensitas dan skala nyeri
 2. Mengidentifikasi skala nyeri
 3. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
 4. Menjelaskan strategi meredakan nyeri
 5. Berkolaborasi pemberian obat analgetik
 6. Memonitor efek samping penggunaan analgetik
 7. Mengontrol lingkungan yang
-

			memperberat rasa nyeri	
			8. Memfasilitasi istirahat tidur	
Minggu,	Dx 2	S :	Pasien mengatakan bersedia untuk	Nahila
05/04/2026			dilakukan pemeriksaan TTV	
06.40		O :	Hasil pemeriksaan TTV :	
			TD: 165/87 mmHg	
			RR: 22x/menit	
			HR: 90x/menit	
			SpO ₂ : 99 %	
			S: 36,3°C	
		A:	Masalah belum teratasi	
		P :	Lanjutkan intervensi :	
			1. Memberikan posisi semi fowler	
			2. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi tekanan darah terapi <i>isometric handgrip exercise</i>	
			3. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	
			4. Memonitor status pernafasan	
			5. Mempertahankan suhu tubuh normal	
Minggu,	Dx 3	S :	Pasien mengatakan sulit tidur dan	Nahila
05/04/2026			tidurnya terganggu pasien tidur siang 1-	
06.45			2 jam dan tidur malam 5 jam kadang terbangun	

O : Pasien tampak lemas, mengantuk dan gelisah

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi

1. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan
2. Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur
3. Membatasi waktu tidur
4. Menetapkan jadwal rutin

Senin, 06/04/2026 06.35	Dx 1	S : Pasien mengatakan nyeri berkurang P:Peningkatan tekanan intrakranial (TIK) Q:Pasien mengatakan nyeri seperti ditekan benda berat R : Pasien mengatakan nyeri pada kepala S : Pasien mengatakan skala nyeri turun menjadi 3 T: Pasien mengatakan nyeri terus menerus O: Pasien tampak tenang dan nyaman setelah dilakukan terapi <i>isometric handgrip exercise</i>	Nahila
-------------------------------	------	---	---------------

A : Masalah belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi

1. Mengidentifikasi, lokasi,
karakteristik, durasi,
Frekuensi, kualitas, intensitas, dan
skala nyeri
2. Memonitor keberhasilan terapi
komplementer yang sudah diberikan
3. Berkolaborasi pemberian obat
analgetik
4. Memonitor efek samping
penggunaan analgetik
5. Memfasilitasi istirahat tidur
6. Menganjurkan memonitor nyeri
secara mandiri

Senin, 06/04/2026 06.40	Dx 2	S : Pasien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan TTV O: Tekanan darah menurun dengan hasil pemeriksaan TTV : TD: 150/80 mmHg RR: 22x/menit HR: 95x/menit SpO ₂ : 99 % S: 36,4°C A : Masalah belum teratasi
-----------------------------------	------	--

		P : Lanjutkan intervensi	
		1. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK 2. Memberikan posisi semi fowler 3. Memonitor status pernafasan 4. Mempertahankan suhu tubuh normal	
Senin, 06/04/2026 06.45	Dx 3	S : Pasien mengatakan tadi malam tidurnya masih terbangun tetapi hanya sebentar kemudian bisa tidur lagi. Pasien mengatakan bersedia untuk tidur O : Pasien bersiap tidur A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 2. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 3. Menganjurkan menepati kebiasaan tidur	Nahila
Senin, 06/04/2026 13.55	Dx 1	S : Pasien mengatakan nyeri berkurang P:Peningkatan tekanan intrakranial (TIK) Q:Pasien mengatakan nyeri seperti	Nahila

		berdenyut	
		R : Pasien mengatakan nyeri pada kepala	
		S : Pasien mengatakan skala nyeri turun menjadi 2	
		T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul	
		O : Pasien tampak tenang dan nyaman setelah dilakukan terapi <i>isometric handgrip exercise</i>	
		A : Masalah teratasi	
		P : Intervensi dihentikan	
Senin, 06/04/2026 14.00	Dx 2	S : Pasien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan TTV	Nahila
		O : Hasil pemeriksaan TTV : TD: 135/78 mmHg RR: 20x/menit HR: 88x/menit SpO ₂ : 99 % S: 36,3°C	
		A : Masalah teratasi	
		P : Intervensi dihentikan	
Senin, 06/04/2026 14.20	Dx 3	S : Pasien mengatakan bisa tidur dengan tenang, tidur sudah tidak terbangun karena tidak merasakan nyeri lagi	Nahila

O : Pasien bersiap untuk tidur

A : Masalah teratasi

P : Intervensi dihentikan
